

Beiträge zur Kenntniss der „Colitis ulcerosa“.

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR
ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE
DER
HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
AN DER
FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT
ZU BERLIN

von

Jakow Kaplan
aus Meschiretschie (Rußland).

Tag der Promotion: 26. Oktober 1912.

Hermann Blanke's Buchdruckerei und Verlag
Berlin C. 54,
Kleine Rosenthalerstrasse 9.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Berlin.

Referent:
Geheimrat Prof. Dr. F. Kraus.

Meiner Mutter
und
Felicja Jablonka.

Beiträge zur Kenntniss der „Colitis ulcerosa.“

Im letzten Jahrzehnt hat die Diagnostik und Therapie der Dickdarmerkrankungen große Fortschritte gemacht. Sehr wichtig war die Erforschung der geschwürigen Dickdarm-entzündung, um die sich Rosenheim, Boas, Bittorf u. a. erst in allerjüngster Zeit besondere Verdienste erworben haben.

Es sind die üblichen und so beliebten Diagnosen: „Hämorrhoidalbeschwerden“, „Darmkatarrh“ viel seltener geworden; man lenkte nunmehr große Aufmerksamkeit auf die „Colitis ulcerosa“, eine ernste und keine seltene Erkrankung des Dickdarms.

Der Ausdruck „Colitis ulcerosa“ wurde zum ersten Male von Boas im Jahre 1903 gebraucht, als er im „Verein für innere Medizin“ in Berlin einen durch Operation geheilten Fall von geschwüriger Dickdarm-entzündung vorstellte.

Seither häuften sich zwar die Beobachtungen und Veröffentlichungen sowohl von intern-spezialistischer als auch chirurgischer Seite; doch wird das Krankheitsbild der Colitis ulcerosa in der Literatur und besonders in der Praxis noch wenig gewürdigt, und die untersten Dickdarmabschnitte werden noch immer stiefmütterlich behandelt. Einmal hat die Mehrzahl der Ärzte noch immer eine unüberwindliche Scheu, mit dem Finger oder dem Auge dem Darm und seinem Inhalt näher zu treten. Zu zweit sind die Hilfsmittel, die uns zur Erkennung der Rektal- und Sigmoidalerkrankungen zur Verfügung stehen, und namentlich Digital-exploration, Endoskopie und Fäcesanalyse noch nicht Allgemeingut der Ärzte.

Bei den ulzerösen Prozessen bildet Entzündung die Grundlage des pathologischen Vorganges im Dickdarm und

das Charakteristische der Colitis ulcerosa stellen die sich sekundär bildenden Erosionen und Ulzerationen dar.

Es wurden als Prädisloktionsstellen des Darmes für diese pathologischen Prozesse die Ampulla recti und das S. Romanum erkannt, und auf Grund der in der Literatur niedergelegten Ansichten gibt es sogar eine lediglich auf die Flexura sigmoidea und Rectum begrenzte, mit Ulzerationen einhergehende schwere Entzündung. Es soll also nicht jede Prokto-Sigmoiditis als nur eine Teilerscheinung einer diffusen Colitis angesehen werden. An den oben genannten Prädisloktionsstellen also nisten sich mit Vorliebe die für geschwürige Dickdarmentzündung charakteristischen Erosionen und Ulzerationen. Sie sind von sehr verschiedener Intensität und Ausdehnung und können bald flache, erbsengroße Erosionen, bis Zehnpfennigstück große tiefe Ulzerationen, bald so klein sein, daß sie der Arzt selbst bei genauester Untersuchung übersehen kann. So verfügt Zweig über einen Fall von Colitis ulcerosa, wo intra vitam im Stuhl große Mengen von Blut und Schleim vorhanden waren, und wo die Sektion bloß minimale Erosionen ergab.

Ich selbst habe die Gelegenheit gehabt, in der Professor Dr. Albu'schen Poliklinik, wo ich als Subassistent tätig war, bei einer ganz bedeutenden Anzahl von vorgenommenen Prokto-Sigmoskopien in einigen Fällen von sicherer Colitis ulcerosa bloß minimale Erosionen oder auch nur mäßige Hyperämien zu sehen.

Der Verlauf der Colitis ulcerosa ist meist chronisch, da gerade die charakteristischen Geschwüre oft nicht zur dauernden Verheilung führen, eine Restitutio ad integrum im anatomischen Sinne ist eine Seltenheit. Bei konsequenter Behandlung werden viele Fälle für Monate und Jahre latent; nach Diätfehlern flackert der Krankheitsprozeß aber oft von neuem auf. Besonders häufig begegnen wir der Affektion bei jüngeren Individuen.

Das klinische Bild der ulzerösen Colitiden ist ein überaus mannigfaltiges, wie dies aus den von verschiedenen Autoren mitgeteilten Krankengeschichten zu ersehen ist.

Das Symptomenbild der Colitis ulcerosa acuta ist mit dem einer Appendicitis gut zu vergleichen: nur ist es links lokalisiert. Zuweilen besteht sogar hohes Fieber, das wohl am besten die Schwere der Infektion illustriert, welche sich durch allgemeine Krankheitssymptome, wie Kopfschmerz, Mattigkeit, Gliederreißen usw. kennzeichnet. Die Hauptbeschwerden der Kranken sind Tenesmen mit häufigen, zuweilen schmerzhaften breiigen bis diarrhoischen Entleerungen, in welchen man meist schon makroskopisch Schleim, Blut und auch öfters Eiter nachweisen kann. Die im Stuhl auftretende Blutmenge kann von kleinen unscheinbaren Blutungen bis zu lebensgefährlichen Blutmengen variieren.

Robinson beschrieb einen Fall von schwerer Blutung im Verlauf einer Colitis ulcerosa bei einem 66jährigen Mann, wobei durch rechtzeitige Colotomie die aus der Flexura sigmoidea stammende Blutung gestillt wurde. Der Kranke ging aber 4 Tage später an Entkräftung zugrunde.

Die Abdominaluntersuchung ergibt hin und wieder Meteorismus der über den ganzen Leib verteilt oder links lokalisiert sein kann. Sehr häufig besteht zirkumskripte Druckempfindlichkeit in der linken Fossa iliaca und nicht selten sind daselbst derbe schmerzhaft Resistenzen von Fingerlänge und dicke und rundlicher Form tastbar.

Das akute Stadium hält in der Regel nicht lange an; schon nach einigen Tagen beginnen die stürmischen Allgemeinerscheinungen abzuklingen, das Fieber hört lytisch auf und auch die diarrhöischen Entleerungen lassen immer mehr nach. Leider aber geht der akute Zustand der Colitis ulcerosa nur selten in völlige Heilung über; meist schließt sich nun ein langes, chronisches Stadium an, welches dem Patienten nur auffallend geringe Beschwerden bereitet, was vielleicht dadurch zu erklären ist, daß die Darmschleimhaut ziemlich unempfindlich ist, wobei aber die Recto-Romanoscopie und systematische Fäcesanalyse nichtsdestoweniger das Vorhandensein von Schleim- und Blutspuren ergibt.

Stellt sich Besserung bei dieser Affektion ein, so ist die Neigung zu Rezidiven aus geringfügiger Ursache, wie

Erkältung, Diätfehler, Menstruation (die engen pathologischen Beziehungen der weiblichen Sexualorgane zum Tractus intestinalis sind nicht unbekannt) sehr groß, und nun kommen die Patienten durch die mit unheimlicher Schnelligkeit aufeinanderfolgenden Rückfälle so herunter (Anorexie, erhebliche Abmagerung, deprimierte Stimmung), daß sie, wenn nicht rechtzeitig eingegriffen wird, unter dem Bilde allgemeiner Entkräftung zugrunde gehen können. Oft wird sogar die Diarrhöe abwechselnd mit Obstipation, nämlich infolge der sekundär sich entwickelnden Atonie der Dickdarmmuskulatur, die durch die häufige Anstrengung bei den Diarrhöen in einen Ermüdungs- und Erschöpfungszustand gerät, beobachtet. Gerechtfertigt ist daher Rosenheims Bezeichnung der Erkrankung als „Colitis chronica gravis“. Doch nehmen glücklicherweise nicht alle Fälle einen solchen Verlauf, es gibt ebenso viel, welche viele Jahre hindurch ohne Beeinträchtigung der Ernährung und des Allgemeinbefindens fortbestehen.

Die Anschauungen über die Colitis ulcerosa sind sowohl was die Aetiologie und pathologische Anatomie als die Therapie betrifft noch durchaus nicht einheitlich.

Der Ursachen für Darmgeschwüre gibt es außerordentlich viele, weshalb es nicht leicht ist, einen übersichtlichen und erschöpfenden Einteilungsplan durchzuführen.

Wir kennen die katarrhalischen Geschwüre (bei vorausgegangenen Katarrhen auf der Schleimhaut), die toxischen (bei Vergiftungen mit Säuren, Sublimat, Arsen), die traumatischen (bei Verletzungen durch zu harte Kotmassen, seltener durch Gallensteine, unverdaute harte Fremdkörper u. dergl.).

Ulcerationen, welche ihre Entstehung dem Eindringen von bestimmten Bakterien verdanken, sind die typhösen, tuberkulösen,luetischen und dysenterischen.

Von der Colitis ulcerosa sind die karzinomatösen Dickdarmgeschwüre besonders schwierig zu unterscheiden. Die Frühdiagnose der hochsitzenden Rektal- und Sigmoidalkarzinome ist nur bei häufiger und tadelloser Ausföhrung

der Rekto-Romanoskopie ermöglicht. Doch haben wir es erfahrungsgemäß und auf Grund der in der Literatur niedergelegten Ansichten weit häufiger mit den sogenannten kryptogenetischen, resp. auf unbekannter Grundlage entstehenden ulzerösen Kolitiden zu tun. Die von Rosenheim wiederholt vorgenommenen bakteriologischen Untersuchungen klären die Sachlage leider nicht auf; es läßt sich keinerlei spezifische Mikrobeninfektion nachweisen; die Fälle, die er gründlich untersucht hat, ergaben lediglich das Vorhandensein von Kolibazillen neben vereinzelt Kokkenhaufen (mehr Staphylokokken als Streptokokken).

Was die Aetiologie betrifft, so entsteht die Colitis ulcerosa anscheinend öfters in Verbindung mit Magenstörungen oder in Abhängigkeit von ihnen. Zweig beobachtete diesbezüglich 3 bemerkenswerte Fälle, in welchen er bei der Mageninhaltsuntersuchung das Bild totaler Achylia gastrica konstatieren konnte. Auch Rosenheim veröffentlicht einen derartigen Fall, in welchem hohe Salzsäuredosen und Magenausspülungen eine Besserung des Leidens bewirkte. In den von mir in der Poliklinik des Herrn Professors Albu beobachteten Fällen fehlten aber Magenstörungen oft ganz oder waren als nebensächlich zu betrachten.

In anderen 3 Fällen, die Zweig genau und lange beobachtete, fand er als prädisponierende Ursache für die Colitis ulcerosa das Vorhandensein von Darmdivertikeln, welche bei den öfters mittels der Rekto-Romanoskopie wiederholten Untersuchungen stets an derselben Stelle, und namentlich an der Sigmoaschlinge nachweisbar waren.

Schon Hansemann hat auf diese Divertikel der Schleimhaut aufmerksam gemacht und beschreibt dieselben als umschriebene Ausbuchtungen aller Darmschichten in der Sigmoaschlinge. Diese Prädilektionsstelle der Divertikel erklärt vielleicht den Umstand, daß auch die Colitis ulcerosa meist im S. Romanum ihren Sitz hat. In diesen Darmausbuchtungen kommt es oft zu einer Kotstauung und die Folge davon ist die Entwicklung eines Entzündungsprozesses mit den charakteristischen Ulzerationen.

Leichtenstein, Graser und Rosenheim sehen in dem Vorhandensein dieser Darmdivertikel eine Hauptursache in der Entstehung der Sigmoiditis und Perisigmoiditis.

Es gesellen sich der Colitis ulcerosa mitunter auch ernste Komplikationen hinzu: es sind die schweren oft lebensbedrohlichen Blutungen aus den Geschwüren, die ich bereits vorhin erwähnt habe, dann ist es die Perforation der Geschwüre und die Exsudatbildung in der Fossa iliaca sinistra, die sogar zur Eiterung führen kann (Perisigmoiditis fibrosa et purulenta).

Einen Fall von Perforation der Geschwüre mit tödlichem Ausgang beschrieb Wilson wie folgt: „Es handelt sich um einen 50jährigen Mann, der im Anschlusse an eine Colitis ulcerosa unter heftigen, blutig-eitrigen Diarrhöen starb. Die Sektion ergab das Vorhandensein zahlreicher, zum Teil in die freie Bauchhöhle perforierter Geschwüre in der Ampulla recti“.

In seltenen und sehr schweren Fällen der Colitis ulcerosa stellen die stürmischen Symptome eine Art von Sepsis dar: es beteiligen sich die Gelenke, das Endocard, Hautblutungen, Schüttelfrost usw. Es wird angenommen, daß durch Resorption von Toxinen vom Darm aus diese schweren Allgemeinerscheinungen hervorgerufen werden.

Rosenheim hat einen derartigen Fall beschrieben, wo es bei einem 12jährigen Mädchen im Verlaufe einer schweren Colitis zu Fieber, Gelenkschwellungen und einer Mastdarmfistel kam. Zweig hat einen ähnlichen Fall beobachtet.

Doch gestalten sich glücklicherweise nicht alle Fälle von Colitis ulcerosa so arg; bei einem großen Teil der Fälle bleiben die Symptome auf den Darm beschränkt und die Patienten werden bei sorgfältigen therapeutischen Maßnahmen bald wieder hergestellt.

Wir wollen uns damit auf das Gebiet der internen und chirurgischen Therapie begeben.

Bei interner Behandlung der Colitiden ist in erster Linie die Diät zu erwähnen.

Unbedingt verboten sind den Patienten zu kalte Getränke, saure und gewürzte Speisen, damit der erkrankte Dickdarm von Erkältung und allen chemisch und mechanisch reizenden Substanzen verschont bleibt.

Dann müssen die Patienten durch Darreichung von Kakao, Rotwein, Schleimsuppen und den gebräuchlichsten Nährpräparaten gekräftigt werden.

Die Nahrung muß aber trotzdem in erster Reihe möglichst konzentriert sein. Herr Professor Albu empfiehlt für die ersten Wochen stets eine fleischfreie Kost in Suppen- und Breiform, bestehend aus Reis-, Gries-, Sago-, Haferschleim- und Haferflockensuppen mit Zusatz von Butter, Kakao, Rotwein, Zwieback, Kakes, Biskuits und Milch, später Gries- und Mondaminbrei, Hafergrütze, Kalbs- und Hühnergelee und dgl.

Medikamentös leisten zuweilen das Opium und auch Suppositorien von Extr. Belladonnae bei der Bekämpfung der Colitis ulcerosa gute Dienste; sie bewirken eine Ruhigstellung des Darmes und Herabsetzung der Schmerzen.

Wertvoller aber ist eine antibakterielle und adstringierende Therapie. Rosenheim hat mit Kalomel in häufigen kleinen Dosen in mehreren Fällen gute Erfolge erzielt. Er verordnete 12 mal täglich 0,03 Kalomel und erreichte schon nach 36 Stunden eine Besserung der Stühle und Herabsetzung der Temperatur. Prof. Albu kann das bestätigen, hat aber mit dieser Behandlung allein niemals Heilung erzielt.

Weiter kommen die üblichen Darmspülungen in Betracht. Man spült mit indifferenten, antiseptischen oder adstringierenden Flüssigkeiten mit dem einfachen Schlauch, dem Katheter à double courant, dem Boas'schen T-Rohre u. dergl.

Auf das Verfahren mit den verschiedenen medikamentösen Spülflüssigkeiten und ihren Zusätzen möchte ich hier nicht näher eingehen, doch bemerken möchte ich, daß die Resultate dieser Dickdarmspülungen häufig unbefriedigend sind und die Patienten sich monate- und jahrelang mit ihren Beschwerden zum Spezialarzt hinschleppen müssen.

Bedeutend bessere Erfolge habe ich in der Professor Albu'schen Poliklinik bei der Anwendung einer neueren

Behandlungsmethode, der sogenannten Trocken-Pulverbehandlung, zu sehen bekommen.

Durch die Pulverbehandlung soll dem Medikament eine längere und intensivere Einwirkung auf die erkrankten Schleimhautpartien ermöglicht werden. Zu diesem Zweck muß die Schleimhaut aber stets vorher durch ein Klysma ($\frac{1}{2}$ —1 % warme Sodalösung) gründlich gereinigt werden, eventl. mittels des Zweig'schen Doppelrohres, dann wird das Rekto-Romanoskop, das außer seinen diagnostischen Leistungen bei den Spülungen und Pulverungen auch noch therapeutische Dienste verübt, möglichst weit eingeführt, um dadurch die Ausdehnung des Krankheitsprozesses genau festzustellen. Ist dies erreicht, so pulvert man mit dem Pulverbläser (nach Albu-Rosenberg) unter Leitung des Auges so lange, bis die sichtbare Schleimhautpartie mit Pulver dick belegt ist. Man zieht das Rekto-Romanoskop zentimeterweise bis zum Anus herab zurück und verfährt auf die gleiche Weise. Vor der Applikation des Pulvers tupfe man das Behandlungsgebiet recht trocken ab. Diese Vorsicht empfiehlt sich ganz besonders bei starker, entzündlicher Sekretion. Ist die rektoskopische Pulver-Insufflation vollendet, so verordnet man dem Patienten innerlich 3 mal täglich 10 Tr. Tinct. opii, um möglichst lange eine Stuhlentleerung zu verhindern, und bestellt denselben jeden zweiten Tag in die Poliklinik zur Wiederholung der Behandlung.

Präparate, welche für die Pulverung verwendet werden und welchen man in besonderem Grade eine austrocknende Wirkung nachsagen kann, sind: das Xeroform, eine Magnesia usta-Tanninmischung Bolus alba, eine Mischung von Dermatol und Talcum und viele andere.

So viel über die möglichsten internen Behandlungsmethoden der Colitis ulcerosa.

Was die Wirksamkeit der besprochenen Therapie anbetrifft, so kann man derselben nichts ideelles nachsagen; erfahrungsgemäß verheilen vollkommen nur die leichteren Fälle der Colitis ulcerosa; den schweren Fällen gegenüber vermag die interne Behandlung keinen vollkommenen oder

dauernden Erfolg zu erzielen, indessen erreicht man doch bei Konsequenz, Energie und Ausdauer in der mühsamen Behandlung oft fast völliges Schwinden der Kardinalsymptome, namentlich der Diarrhöen, des Blut- und Eiterabganges.

Ist die Erkrankung so schwer, daß selbst die ideellste und mühsamste interne Behandlung aussichtslos bleibt, so muß unbedingt zu dem chirurgischen Eingriff Zuflucht genommen werden.

Die chirurgische Therapie der Colitis ulcerosa besteht in der Anlegung eines Anus praeternaturalis, der den wichtigen Zweck hat, weitere Schädigungen von dem erkrankten Dickdarm fernzuhalten und eine direkte Lokalbehandlung desselben zu ermöglichen.

Welch glänzende Erfolge man mitunter bei derartigen Operationen erleben kann, möge folgender Fall von Steiner-Israel-Boas, den ich anbei zitieren will, illustrieren.

„Die 30 jährige Kranke kam im April 1904 in meine Behandlung. Seit Juli 1903 waren im Verlauf einer Schwangerschaft Diarrhöen aufgetreten, die anfangs wenig beachtet wurden: nach der im übrigen normalen Geburt traten unstillbare Durchfälle, Leibschmerzen und Fieber auf. Die Diagnose wurde von Professor Boas auf Colitis ulcerosa chronica gestellt; anfangs Januar 1904 wurde von Professor Israel ein Coecalanus angelegt; die Patientin war durch die Krankheit außerordentlich geschwächt.

Im April 1904, nachdem die Patientin mit dem Anus praeternaturalis aus dem Krankenhaus entlassen war, begann ich mit den Darmspülungen.

Die Kranke wog damals 85 Pfund. Der größtenteils per vias naturales entleerte Stuhl war eitrig und blutig, enthielt zahlreiche Chareot-Leyden'sche Kristalle. Es gelang durch tägliche Spülungen, die zwei Monate lang fortgesetzt wurden, den Dickdarm in die gewünschte Verfassung zu bekommen und nach vorausgegangener Funktionsprüfung desselben durch künstliche Verstopfung des Anus coecalis war ich Ende Juni 1904 in der Lage, den künst-

lichen After definitiv auf operativem Wege zu verschließen.
— Die Kranke hat sehr rasch über 40 Pfund zugenommen und sieht blühend aus.“

Die Colitis ulcerosa hat im letzten Dezennium viele Vertreter der Chirurgie gewonnen; zu erwähnen sind an dieser Stelle: Nehr Korn, Vogel, Bittorf, Lindner, Moskowicz, Arthur, Gibson, Carver, Almsted, Robinson und Wilson, welche sich in besonderem Grade mit der Erforschung der Erkrankung beschäftigten. Dem entsprechend sind auch verschiedene Operationsmethoden vorgeschlagen und geübt worden. Die bekanntesten Operationsmethoden, die in Betracht kommen und die ich hier aufzählen will, sind folgende:

1. Euteroanastomose, Ileosigmoidostomie, Ileorektostomie;
2. Anus am Ileum;
3. Anus am Coecum oder Colon ascendens;
4. Anus am Colon descendens oder sigmoideum (Nehr Korn);
5. Ventilfistelbildung am Coecum (nach Witzel-Kader);
6. Einpflanzung des Ileum in den Anus (nach Moszkowicz), bisher nur am Tiere ausgeführt;
7. Einnähung des Processus vermiformis und Spülung des Darmes von dieser Fistel aus (Arthur).

Eine jede von diesen Methoden hat zweifellos ihre Vor- und Nachteile, auf die ich hier nicht näher eingehen will; allein ich bin der Meinung, daß die Anlegung des Anus praeternaturalis coecalis, angesichts des verhältnismäßig einfachen Verfahrens, des dabei garantierten vollständigen Kotabflusses und der vollkommenen Heilung des von Steiner beschriebenen Falles, am wärmsten zu empfehlen wäre.

In nachfolgendem gebe ich einen kurzen Bericht über eine Anzahl von Fällen, welche mir Herr Professor Albu aus dem reichen Krankenmaterial seiner Privat- und Poliklinik zur Verfügung gestellt hat. Es sind meist schwere

chronische Fälle, die sämtlich durch eine energische, zielbewußte Therapie, die allerdings über viele Monate fortgesetzt werden mußte, so wesentlich schlechtweg gebessert wurden, daß die Patienten fast beschwerdefrei wurden.

Rezidive kamen allerdings oft vor, wurden aber auch meist in einigen Wochen wieder zur Rückbildung gebracht. So gelang es denn auch in dem so schwerem Falle, der hier folgt, den wiederholt in Aussicht genommenen operativen Eingriff zu vermeiden.

Krankengeschichte 5. VII. 1908. Herr O. L., Kaufmann, 33 Jahre alt. Vater angeblich darmleidend, Mutter gesund, ebenso Geschwister. Vor 15 Jahren angeblich Lungen-
spitzenkatarrh, der nach 1 Jahr heilte. Im Sommer 1903 nach einem Glas kalten Bieres an einer Blinddarmentzündung erkrankt; Schmerzen in der Ileocoecalgegend, kein Fieber, auch sonst keine Allgemeinerscheinungen. Nach 8 Tagen war Patient wiederhergestellt. Es verblieb aber eine geringe Empfindlichkeit in der Blinddarmgegend, doch ohne daß vom Pat. Gewicht darauf gelegt wurde. Im Dezember vorigen Jahres begannen leichte Durchfälle, die allmählich stärker wurden und sich häuften. Pat. ertrug das Leiden ohne Beschwerden bis Februar. Dann wurden die Durchfälle immer dünner, Pat. bemerkte oft Blut im Stuhlgang und begab sich deshalb in ärztliche Behandlung. Seit Februar 1908 Abmagerung von 30 Pfund. Er war im Sommer 1907 in Kissingen, wo er noch aashaft stinkende Stühle mit reichlichen sagoartigen Schleim- und Blutbeimengungen hatte. Nach der Kissinger Kur ist der Stuhlgang wieder fest geworden. Niemals Erbrechen, Appetit gut. In den letzten Monaten anhaltend wieder Durchfälle, dünnbreiig, 3—6 mal tägl., mit Blut und Schleim untermischt.

Status praesens: Mittelmäßiger Ernährungszustand, leichte Anaemie, Cor und Pulmones intact, Urin frei von Eiweiß und Zucker, viel Urate. In der Ileocoecalgegend öfters, aber nicht immer, eine kleinfingerlange und -dicke, druckempfindliche Resistenz. Keine Vorwölbung, keine Muskelspannung. Kontrahiertes Coecum. Rectum: palpabel

nihil. Spiegelbild: vom Sphincter internus an bis in die Flexura sigmoidea hinein sehr gerötete, aufgelockerte Schleimhaut, leicht blutend, mit blutigen Schleimfetzen bedeckt, an zahlreichen einzelnen Stellen stecknadelkopfgröße Ulzerationen, in dichten Haufen beieinander stehend. Ueber 22 cm ist es nicht möglich hinauszugelangen wegen Schmerzhaftigkeit. Nach der Rekto-Romanoskopie profuse Blutung. Faeces selbst meist geformt, normale Konsistenz, der blutige Schleim liegt denselben äußerlich auf und beigemischt.

Darmentleerungen (gewöhnlich ohne Faeces): entweder nur blutiger Schleim in langen Fetzen innig imbibiert, sehr fadenziehend und zusammenhängend; außerdem häufig noch mehr oder minder reichlicher gelber Eiter, der zuweilen hohen Bodensatz im Glase bildet.

Mikroskopisch: nur Leukozyten verschiedenster Größe, selbst riesenhafte.

Keine Amoeben, selbst bei ganz frischer Untersuchung der mit der Sonde aus dem Darm herausgezogenen Tropfen.

In mehrwöchentlicher klinischer Beobachtung zeigt sich keine wesentliche Veränderung dieses Zustandes. Auch strenge Diät und regelmäßige $\frac{1}{4}$ ‰ Arg. nitr. — Spülungen verringern die Beschwerden nur wenig; vor allem quält den Patienten der dauernde Tenesmus. Es wird eine Colostomie mit nachfolgender Behandlung vom Anus praeternaturalis aus empfohlen. Patient lehnt indeß die Operation ab, da während der langen Dauer seiner Krankheit wiederholt spontane Besserungen eingetreten sind, so daß er dann seinem Berufe monatelang ungestört nachgehen konnte.

So kam es auch diesmal. Patient hat sich einige Wochen lang ruhig gehalten, bei einer Diät, die hauptsächlich aus Milch, Kakao, Suppen, weichen Eiern, Toastbrot, Zwieback und Kakes bestand. Die Diarrhoen verminderten sich, aber sie enthielten andauernd geringe Blutspuren und bei mikroskopischer Untersuchung auch stets Eiter. Im Januar 1909 wird eine Trockenbehandlung nach Albu-Rosenberg begonnen; wöchentlich zweimal nach vorheriger gründlicher Säuberung des Dickdarms. Pulverungen mit Dermatol, im

ganzen etwa zwanzigmal. Allmähliche wesentliche Besserung: täglich nur zwei- bis dreimal Stuhlgang, wenig Schleim und Blut beigemischt. Nur selten noch Tenesmus.

6. IV. 09. Rektoskopischer Befund: Schleimhaut noch geschwollen, leicht blutend. Aber keine Ulzerationen und Nekrosen mehr sichtbar.

19. X. 09. Nach einer Karlsbader Kur stellt sich Patient heute wieder vor: Er hat seit Beginn des Jahres 20 Pfund zugenommen und fühlt sich wohl, geht dauernd seiner Arbeit nach. Blut ist noch sehr häufig im Stuhlgang vorhanden, aber es kommt nie mehr allein. Patient lebt dauernd sehr vorsichtig: von breiiger Kost, nur Kalbfleisch und Geflügel, Kartoffelpurée, Weißbrot und dergl. Niemals Bier und Kognak.

7. X. 10. Auch im letzten Jahre sind wiederholt leichte Verschlimmerungen nach reichlicheren Mahlzeiten aufgetreten, aber immer nach zwei bis drei Tagen wieder geschwunden.

Körpergewicht jetzt konstant auf 142 Pfund.

Zum Schlusse sage ich meinen Lehrern, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Kraus und Herrn Prof. Dr. Albu für die gütige Überlassung der Arbeit, sowie des Materials, meinen ergebensten Dank.

Literatur-Verzeichnis.

- Boas: Über einen Fall von operativ geheilter Col. ulc.
(D. M. W. 1903, Nr. 11.)
- Bittorfi: Die ak. und chr. umschriebenen Entz. des Dickdarms,
speziell der Flex. sigm. (M. M. W. 1904, Nr. 4.)
- P. Cohnheim: Die Krankheiten des Verdauungskanal.
- Graser: Das falsche Divertikel. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 59, p. 638.)
- Hansemann: Virchows Archiv.
- Leichtenstern. (Ziemssens Handb. d. spez. Path.)
- Nothnagel: Erkrankungen des Darms.
- Robinson: Schwere Blutung infolge von Col. ulc. (Lancet Nr. 4208.)
- Rosenberg: Zur Diagn. u. Ther. d. tiefsitzenden Dickdarmerkr.
(B. K. W. 1909, Nr. 31.)
- Derselbe: Über eine neue Behandlungsmethode d. chr. Sigmoiditis
u. Proctitis. (Arch. f. Verdauungskr. Bd. XIII. H. 2.)
- Rosenheim: Die Erkr. der Flex. sigm.
- Derselbe: Über Col. chr. gravis. (D. M. W. 1908, Nr. 7 u. 8.)
- Steiner: Chir. Behandl. d. chir. Dysenterie. (B. K. W. 1908, Nr. 5.)
- Vogel: Über Col. ulc. (M. M. W. 1904, Nr. 22.)
- Wilson. (Lancet. Nr. 4235.)
- Zweig: Über die Col. ulc. chr. (Arch. f. Verdauungskr. 1908, Bd. 14.)

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Jakow Kaplan, mos. Konf., Sohn des Sprachlehrers Weniamin Kaplan, ist am 21. Februar 1880 in Meschiretschie (Rußland) geboren. Er absolvierte den vollständigen Kursus der achtklassigen Kommerz- resp. Oberrealschule zu Warschau im Jahre 1903; diente darauf einjährig-freiwillig. Er studierte Philosophie an der Universität Zürich, ging dann später zur Medizin über und studierte an den Universitäten Jena, Königsberg, Halle und Berlin, wo er sein Doktorexamen bestanden hat.

